

568
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

567

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900, à 1 heure

PAR

André FERRAND

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DU

CLOISONNEMENT TRANSVERSAL INCOMPLET

D'ORIGINE CONGÉNITALE

du Col et du Segment inférieur de l'Utérus

Président : M. BUDIN, Professeur

RÉMY, Agrégé.

Juges : MM. BONNAIRE, Agrégé.

WALLICH, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900, à 1 heure

PAR

André FERRAND

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DU

CLOISONNEMENT TRANSVERSAL INCOMPLET

D'ORIGINE CONGÉNITALE

du Col et du Segment inférieur de l'Utérus

Président M. BUDIN, *Professeur.*

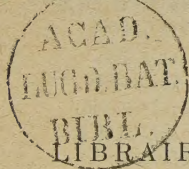
RÉMY, *Agrégé.*

Juges MM.

BONNAIRE, *Agrégé.*

WALLICH, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

CHAPITRE I

Introduction. — Historique de la question.

Exposé du plan de ce travail.

Pendant notre séjour en 1898 à la Maternité de l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, où nous faisons un remplacement d'externe, nous fûmes témoin d'un fait assez rare, d'une disposition spéciale de la cavité cervicale de l'utérus.

La femme, qui présentait cette anomalie, multipare, avait mené sa grossesse à terme sans accident. A son entrée à la salle de travail, on constata une présentation du sommet engagé et une dilatation de deux centimètres de diamètre. A un premier toucher, rapidement pratiqué lors de l'admission, on n'avait rien remarqué chez elle d'anormal.

Mais en la revoyant alors avec plus de soin, il fut facile de constater par le toucher que, l'orifice externe du col, normal et régulièrement arrondi, une fois fran-

chi, le doigt, avant d'arriver sur la tête foetale, rencontrait un second orifice, irrégulier, limité par une bride mince, à bord coupant. Celle-ci paraissait de même texture que le col, dure, résistante, à direction presque transversale, formant un diaphragme incomplet, nettement perçue du côté droit, et intimement appliquée sur la présentation. Elle formait avec la paroi interne du col une sorte de cul-de-sac angulaire, un angle dièdre, au fond duquel le doigt avait été arrêté.

Avions-nous affaire à l'orifice interne du col ? Non, certes, car on ne voit jamais, quand une tête engagée distend le segment inférieur et appuie sur lui en produisant une dilatation de deux centimètres, l'orifice interne persister aussi nettement différencié de l'orifice externe ; les deux orifices sont toujours confondus, et ce n'est que dans les cas de présentation élevée avec col dilatable, mais non dilaté, que l'on peut pénétrer à travers un canal cervical et différencier encore un orifice externe et un orifice interne. De plus, ainsi que nous l'avons fait remarquer, ce diaphragme était incomplet et manquait du côté gauche.

Peut-être s'agissait-il d'un cloisonnement analogue aux cloisonnements transversaux que l'on rencontre dans le vagin, cloisonnements qui sont encore assez fréquents et qui ont été bien étudiés.

Intrigué par cette anomalie, nous questionnâmes à ce sujet le lendemain matin à la visite, notre Chef de service, qui reconnut que nous avions eu affaire effectivement à un diaphragme du col, cloisonnement transversal incomplet d'origine congénitale, anomalie rare,

peu étudiée jusqu'ici, et dont les auteurs n'ont rapporté que quelques observations.

Intéressé au point de vue anatomique par ce fait, nous eûmes l'idée de rechercher dans la littérature médicale les observations antérieures et les quelques commentaires dont leurs auteurs les avaient accompagnés. Le sujet nous parut assez intéressant pour y consacrer notre thèse inaugurale.

Jusqu'en l'année 1897, cinq cas de cloisonnement transversal incomplet, d'origine congénitale, du col de l'utérus ont été observés et rapportés par M. le professeur Budin dans son livre : « Femmes en couches et Nouveau-nés », auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

Le premier en date fut reconnu par le professeur Breisky, de Vienne, en 1872 : il était la cause d'hémorragies abondantes et répétées. Un second fait, en tout point semblable au premier, fut observé, également à Vienne, en 1877, par Müller. Ce sont les deux seuls cas de cloisonnements du col utérin qui ont été découverts chez des femmes non gravides.

Dès 1875, M. Budin avait eu l'occasion d'observer un de ces diaphragmes du col chez une femme en travail ; en 1879, il en observait un second.

Enfin Bidder, de Saint-Petersbourg, remarquait la même anomalie chez une primipare qu'il accouchait en 1878.

Cinq nouveaux cas de cloisonnement transversal du col ont été observés, en ces trois dernières années, deux

dans le service de M. le professeur Budin à la Clinique Tarnier, et trois à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier. Nous ne publierons pas la première de ces observations, celle que nous avons nous-mêmes observée et dont nous avons donné le résumé au début de ce chapitre ; il nous a en effet été impossible d'en retrouver l'observation. Mais nous rapporterons les quatre autres cas, que nous ferons suivre de deux observations de cloisonnement transversal incomplet, d'origine congénitale, du segment inférieur de l'utérus, et qui ont été recueillies dans le service du professeur Tarnier.

En résumé, nous apporterons pour servir de base à ce travail 9 observations de cloisonnement transversal du col, et 2 observations de cloisonnement transversal du segment inférieur de l'utérus.

Après avoir rappelé en quelques mots le développement embryogénique du canal génital, nous nous efforcerons d'expliquer la formation des cloisonnements transversaux. Nous passerons ensuite à l'étude comparée de nos observations, nous en résumerons les symptômes et indiquerons les moyens d'en faire le diagnostic. Nous envisagerons enfin les conséquences de ces cloisonnements et nous ferons connaître la règle de conduite qui doit être suivie en face des accidents qu'ils peuvent provoquer. Nous terminerons notre étude par l'exposé des conclusions que nous nous croierons en droit de tirer de ce travail, basé sur 11 observations.

Mais, avant de commencer ce travail, nous avons à

cœur, arrivé au terme de nos études médicales, d'adresser nos sincères remerciements à tous les maîtres dans les hôpitaux qui nous ont aidé de leurs conseils et fait profiter de leur expérience.

M. le professeur Tillaux à la Pitié et M. le docteur Landrieux à Lariboisière, nous ont fait faire nos premières armes en chirurgie et en médecine : qu'ils reçoivent l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le professeur Berger nous a admis comme stagiaire dans son service de la Pitié : le temps, trop court à notre gré, que nous avons passé auprès de ce chirurgien consciencieux, nous a cependant permis d'en apprécier les hautes qualités.

Nous avons passé notre première année d'externat chez M. le professeur Raymond, à l'hospice de la Salpêtrière ; nous le remercions des preuves de bienveillance qu'il nous a toujours témoignées, et nous avons fait ample profit de son enseignement.

Que notre maître, M. le docteur Talamon, nous permette de lui exprimer ici notre profonde reconnaissance. Nous n'oublierons jamais les deux années que nous avons passées dans son service, comme stagiaire d'abord à l'hôpital Tenon, puis comme externe à l'hôpital Bichat. C'est dans ses longues causeries quotidiennes au lit du malade, par son esprit observateur autant que consciencieux, qu'il nous a appris à asseoir un diagnostic précis et à instituer un traitement rationnel. Nous ne saurons jamais trop le remercier.

M. le docteur Moizard nous a initié pendant notre troisième année d'externat aux secrets de la pathologie

infantile, et nous a fait voir les merveilleux résultats obtenus dans son service par une minutieuse et constante prophylaxie. Nous n'oublierons jamais le temps passé à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous regretterons toujours les quelques mois, si vite écoulés, que nous avons passés à la Maternité de la Charité avec M. le professeur agrégé Maygrier et avec M. le docteur Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, qui nous ont enseigné avec tant de bienveillance la pratique de l'art obstétrical.

Nous remercions aussi notre ami, le docteur Glaize, ancien moniteur de la Clinique Tarnier, qui a eu l'occasion d'observer plusieurs des faits que nous rapportons, de l'obligeance qu'il a mise à nous donner de nombreux renseignements pour ce travail.

Que M. le professeur Budin, qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permette de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE II

Développement du canal utéro-vaginal

1°. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Pour expliquer le mode de formation des cloisonnements transversaux incomplets d'origine congénitale du col et du segment inférieur de l'utérus, nous devons tout d'abord indiquer comment se développent les organes qui constituent le canal utéro-vaginal.

Le développement des trompes, de l'utérus et du vagin, se fait aux dépens de conduits qui apparaissent de bonne heure chez l'embryon, et qu'on désigne sous le nom de conduits de Müller, du nom de l'anatomiste allemand qui les a le premier signalés.

Quelle est l'origine des conduits de Müller eux-mêmes ? Nos connaissances sur les premiers états de l'œuf humain, comme le fait remarquer Kölliker, étant extrêmement incomplètes et les données fournies par les

auteurs peu concordantes, nous étudierons les premiers stades du développement chez le poulet.

La coupe d'un embryon de poulet environ à la quarante-huitième heure de l'incubation nous montre que le blastoderme présente déjà sa différenciation en trois feuillet, interne, externe et moyen ; la gouttière médullaire s'est transformée en un tube, le tube médullaire.

Le feuillet moyen subit sur ses parties latérales, à droite et à gauche, une sorte de dédoublement ou de clivage qui le divise en deux lames : l'une, la lame fibro-cutanée s'accole au feuillet externe pour former la paroi primitive du corps ou somatopleure ; l'autre, accolée au feuillet interne est la lame fibro-intestinale et forme la paroi primitive du tube intestinal ou splanchnopleure.

Entre la somatopleure et la splanchnopleure se trouve la fente pleuro-péritonéale ou coelome, représentant les futures cavités péritonéale et pleurale.

Quant à la partie médiane du feuillet moyen par rapport à l'axe de l'embryon, c'est-à-dire la partie intermédiaire aux deux fentes pleuro-péritonéales, elle est restée indivise. Elle présente cependant diverses formations : la corde dorsale sur la ligne médiane, les masses vertébrales un peu en dehors, et sur le côté externe de celles-ci, confinant d'autre part à l'extrémité interne du coelome, le germe uro-génital de Waldeyer, qui va donner naissance aux organes génito-urinaires internes.

Par son développement rapide, et dès la soixantième heure de l'incubation chez le poulet, le germe uro-génital en effet fait une légère saillie dans le coelome et se

distingue des parties voisines par son revêtement épithélial. De plus, il présente à sa partie centrale un canal, le canal de Wolff, sur le côté externe duquel s'en développe bientôt un second, le canal de Müller.

2° DÉVELOPPEMENT DES CANAUX DE MÜLLER

Nous n'étudierons pas le développement du corps de Wolff et de son canal, car « chez la femme, ils n'ont aucun rôle à jouer ; ils disparaissent absolument à l'exception du parovaire », Kölliker (1). Nous insisterons au contraire « sur l'origine et le développement des canaux de Müller qui remplissent toute la scène et deviennent les canaux génitaux ; leurs extrémités inférieures en effet se soudent pour former l'utérus et le vagin, tandis que leurs extrémités supérieures restent séparées et se transforment en oviductes ».

L'origine des canaux de Müller n'est pas nettement connue chez la femme.

Pour certains auteurs, Semper, Balfour, Sedgwick, Hertwig, ces canaux proviendraient des canaux de Wolff. Ceux-ci, primitivement simples, se dédoubleraient en deux canaux superposés d'avant en arrière ; les canaux antérieurs formeraient les canaux de Müller, les postérieurs, les canaux de Wolff. Cette origine, vraie chez les vertébrés inférieurs, est différente chez les mammifères.

Pour Kölliker, Egli, chaque canal de Müller naît sous la forme d'un cordon plein, partant de l'épithélium péritonéal, au niveau de ce qui sera plus tard son extrémité

(1) KÖLLIKER. Embryologie de l'homme et des animaux supérieurs (1879). Traduction de Schneider, 1882, p. 998.

antérieure ; puis il s'allonge peu à peu par un accroissement propre de son extrémité aveugle.

D'après Waldeyer (1), il apparaît sous la forme d'une gouttière péritonéale courant sur la face externe du corps de Wolff et qui se ferme par la suite. La partie inférieure se remplit de cellules de façon à former un cordon plein qui se termine au niveau du cloaque : ces cordons pleins se creusent ultérieurement et s'ouvrent alors dans le sinus uro-génital.

Cette opinion est développée dans le traité des accouchements de MM. Tarnier et Chantreuil (2) : « Dès que le corps de Wolff est apparu, on observe une dépression linéaire de l'épithélium germinatif qui s'enfonce peu à peu dans la masse proto-vertébrale, se creuse de plus en plus en gouttière et se transforme par le rapprochement de ses bords en un conduit qui s'isole de l'épithélium germinatif : ainsi se trouve constitué le conduit ou canal de Müller. Mais auprès de l'extrémité inférieure de l'embryon, la formation du conduit de Müller est différente ; au lieu de la dépression signalée ci-dessus, on trouve un cordon plein d'abord, creux ensuite, qui se fraye un passage à travers la masse protovertébrale, se réunit d'une part à la portion supérieure du conduit de Müller, et va d'autre part s'unir au canal de Wolff près du point où celui-ci s'ouvre dans le cloaque. Plus tard, le canal de Müller s'ouvre directement dans le cloaque sans s'unir préalablement au canal de Wolff ».

(1) WALDEYER. *Ei stock und Ei*, Leipzig, 1879.

(2) TARNIER et CHANTREUIL. *Traité de l'art des accouchements*, (1888), t. 1, p. 308.

Après le cloisonnement du cloaque, les canaux de Wolff et de Müller débouchent dans la portion antérieure de ce dernier, qui forme une sorte de sinus commun dans lequel arrivent les produits sexuels et les produits urinaires : c'est le sinus uro-génital. Celui-ci par suite du développement, se transforme en deux canaux distincts, le conduit urinaire d'une part, et d'autre part le canal génital.

Connaissant le mode de développement des canaux de Müller, étudions quels sont leurs rapports avec les canaux de Wolff, depuis leur origine jusqu'à leur aboutissement dans le sinus uro-génital.

Si l'on poursuit sur des coupes transversales successives les canaux de Müller, on observe les faits suivants. D'abord séparés, dès qu'ils arrivent au-dessous du corps de Wolff, les conduits de Wolff et ceux de Müller se placent sur la ligne médiane : ils sont alors réunis les uns aux autres par une masse de tissu conjonctif, et forment un cordon quadrangulaire, à angles arrondis, le cordon génital. Dans ce cordon les deux canaux de Müller accolés l'un à l'autre occupent le centre ; sur leur bord externe chemine de chaque côté un canal de Wolff.

3° DÉVELOPPEMENT DU CANAL UTÉRO-VAGINAL

Les canaux de Müller ainsi accolés se fusionnent pour former le canal utéro-vaginal. Le développement de l'utérus et du vagin n'a pas cependant été compris de même par tous les auteurs.

C'est J. Müller qui, le premier, dès 1830, fit remarquer que l'utérus résultait de la fusion des deux conduits qui

portent son nom (1). « La portion des conduits de Müller attenante au corps de Wolff demeure rectiligne et devient la trompe, tandis que la portion inférieure se transforme en corne de l'utérus. En bas, les deux conduits se fusionnent en un canal unique. » Mais Müller refusa la même origine au vagin et n'en fit qu'une dépendance du sinus uro-génital.

C'est cette même opinion que Lilienfeld (2), en 1856, reproduisait dans sa dissertation inaugurale.

Les observateurs qui s'occupèrent après Müller de la question, frappés de la duplicité des conduits, n'admirent pas leur fusion pour la formation d'un organe impair et médian. Ils expliquèrent le développement du conduit génital par une bosselure ou une excroissance de la paroi postérieure du sinus uro-génital.

Ainsi pour Rathke (3), le conduit utéro-vaginal dérivait-il tout entier du sinus uro-génital: « La saillie précédente (portion du sinus uro-génital où viennent déboucher les oviductes) ne donne pas seulement naissance au vagin, mais elle fournit encore le corps et le col de l'utérus ».

De même, Valentin (4) fait provenir le vagin du *sinus uro-genitalis*, dont la portion supérieure se divisait en

(1) J. MÜLLER. *Bildungsgeschichte der Genitalien*. Düsseldorf, p. 60 et 61.

(2) LILIENFELD. *Beiträge zur Morphologie und Entwicklungsgeschichte der Geschlechtsorgane*. Marburg, 1856.

(3) RATHKE. *Entwicklungsgeschichte der Wirbelthiere*. Leipzig, p. 181.

(4) VALENTIN, *Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen*. Berlin. 1835.

deux-conduits : l'un antérieur, l'urèthre, l'autre postérieur, le vagin.

Bischoff (1) le premier réagit alors contre l'opinion de Rathke et de Valentin, et revint à la conception de J. Müller, à la formation de l'utérus et du vagin par la fusion des deux conduits de Müller. Ses recherches furent confirmées par tous les auteurs contemporains, dont les divergences d'opinion ne portent que sur le point précis où débute la fusion de ces canaux.

Selon Thiersch (2), « la cavité commune des conduits de Müller devient l'utérus et le vagin » ; la fusion de ces conduits commence par leur extrémité inférieure et s'opère de bas en haut dans toute l'étendue du cordon génital.

De même, pour Leuckart (3), les canaux de Müller se fusionneraient sur la ligne médiane en commençant par leurs points d'abouchement ; ils formeraient ainsi un organe impair, le *canalis genitalis*, qui s'élargirait peu à peu et se diviserait ensuite en utérus et vagin par une séparation transversale.

Kölliker (4) confirme les données de Thiersch et de Leuckart. Mais pour lui, la fusion des deux conduits de Müller débute à la partie moyenne de leur segment

(1) BISCHOFF. Développement de l'homme et des mammifères, in *Encyclopédie anatomique*. Traduction française, 1843, p. 374.

(2) THIERSCH. — Bildungsfehler der Harn und Geschlechtorgane eines Mannes. *Illustrirte med. Zeitung*, 1852, Bd. I, p. 11 et 13.

(3) LEUCKART. — *Illustr. med. Zeitschr.*, 1852, p. 93.

(4) KÖLLIKER. — *Loc. cit.*

terminal, c'est-à-dire à la partie moyenne du cordon génital; ils ne forment en ce point qu'un canal unique, tandis qu'ils restent assez longtemps doubles à leurs deux extrémités. Finalement, la soudure des canaux de Müller s'achève dans leur portion terminale qui devient l'utérus et le vagin.

La fusion des conduits de Müller ne commence également pas pour Livius Fürst (1) et pour Dohrn (2) par leurs extrémités inférieures, mais à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du cordon génital; elle progresse ultérieurement en haut et en bas.

En résumé, d'après les embryologistes les plus autorisés et les plus récents, l'utérus et le vagin, comme tous les organes médians, résultent du rapprochement et de la réunion de deux organes semblables, les tubes de Müller, puis de leur fusion complète. Il existe donc, au début de la vie intra-utérine, deux utérus et deux vagins indépendants. Les canaux de Müller se fusionnant partiellement à leur partie inférieure vers la huitième semaine de la vie embryonnaire, il en résulte un seul vagin cloisonné et deux utérus indépendants, puis à la fin du deuxième mois un seul vagin et un seul utérus, cloisonnés dans toute leur hauteur. La cloison se résorbe peu à peu de bas en haut pour former finalement un utérus et un vagin simples.

Quant à l'époque précise à laquelle a lieu la division

(1) LIVIUS FÜRST. — *Ueber die Bildungshemmungen des Uterovaginalcanals*, *Monatsschrift f. Geburtsk.*, 1867, Bd. 30, p. 106.

(2) DOHRN. — *Zur Kenntniss der Müller'schen Gänge und ihrer Verschmelzung*, *Marb. Gesellschaft*, 1871, Bd. IX, p. 255.

du canal génital en utérus et en vagin, de grandes divergences existent entre les auteurs.

D'après Küssmaul (1), l'utérus se laisse distinguer assez facilement du vagin par un renflement un peu plus fort et par une consistance un peu plus grande dès la dixième ou la douzième semaine de la vie embryonnaire.

Müller, sur un embryon de cet âge, ne trouve aucune limite précise.

D'après Kölliker, la division du conduit utéro-vaginal ne s'opérerait que dans le cinquième ou sixième mois. Il se forme à l'endroit qui deviendra plus tard l'orifice externe un renflement annulaire léger qui proémine peu à peu dans le vagin et se transforme dans les derniers mois de la vie intra-utérine en portion vaginale du col de l'utérus.

Les données de Kölliker semblent avoir été confirmées par les recherches de Dohrn (2) et de Geigel (3).

De même, pour MM. Tourneux et Legay (4) le canal génital ne montre encore aucune trace de division en portion utérine et vaginale au moment où la fusion s'est accomplie dans presque toute l'étendue du cordon, c'est-à-dire au début du troisième mois. Seulement « au commencement du cinquième mois lunaire, la lame épithéliale résultant de la soudure des parois épi-

(1) KÜSSMAUL. — *Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdoppelung der Gebaermutter*, Würzburg, 1859.

(2) DOHRN. *Sitz der Marburg. Gesellschaft*, 1875.

(3) GEIGEL *Ueber Variabilität in der Entwicklung der Geschlecht-sorgane beim Menschen*, Würzburg, 1883.

(4) TOURNEUX. et LEGAY. Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1884, p. 348.

théliales du vagin, et comblant la cavité vaginale dans toute sa hauteur, donne naissance, par son extrémité supérieure à un bourgeon lamelleux, figurant une capsule aplatie d'avant en arrière, qui s'enfonce dans l'épaisseur des parois du canal génital et y dessine un mamelon de même forme représentant la portion vaginale du col de l'utérus. »

Ajoutons que d'après ces mêmes auteurs, il existe déjà à cette époque des bourrelets transversaux qui formeront les plis et les rides du col de l'utérus et du vagin : ils vont en s'accentuant jusqu'à la naissance, et sont dessinés par des bourgeons de la lame épithéliale, qui s'enfoncent dans l'épaisseur de la muqueuse.

CHAPITRE III

Pathogénie et Anatomie comparée.

Les données d'embryologie que nous avons résumées dans le chapitre précédent peuvent-elles permettre de comprendre la formation des cloisonnements transversaux incomplets du col et du segment inférieur de l'utérus ?

Il est facile de comprendre d'après le développement, les cas de cloisonnements formés par l'hymen ainsi que ceux où il y a absence de vagin : les canaux de Müller sont restés imperforés à leur extrémité inférieure ou se sont arrêtés dans leur développement.

Mais la difficulté est beaucoup plus grande quand il s'agit d'expliquer la cause des diaphragmes du col de l'utérus ou du vagin, qui dérivant des mêmes organes, par le même processus, ont certainement la même origine.

S'agit-il d'une formation analogue aux bourrelets transversaux qu'on rencontre dans le col et dans le

vagin pendant les cinq derniers mois de la vie intra-utérine, et qui auraient pris un développement anormal ?

S'agit-il d'un processus analogue à celui qui préside à la formation du museau de tanche ?

Il faut, croyons-nous, remonter plus haut, dès les premiers temps de la vie embryonnaire, au moment de la fusion des conduits de Müller, pour découvrir l'origine de ces vices de conformation.

Nous avons vu que, d'après les idées des embryologistes modernes, les tubes de Müller sont tout d'abord des cordons pleins à leur extrémité inférieure, et qu'ils ne se creusent qu'ultérieurement. Il est possible que certains points de ces cordons pleins ne subissent qu'une résorption partielle, et qu'il en résulte un bourrelet en forme d'anneau complet ou seulement de crois-sant selon que la résorption aura manqué sur une plus ou moins grande étendue des parois.

Ainsi seulement, croyons-nous pouvoir expliquer la formation si régulière des cloisonnements en forme de diaphragmes.

Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que des diaphragmes semblables existent normalement chez un certain nombre d'animaux, en particulier chez les cétacés et les ruminants, soit dans le vagin, soit dans la cavité cervicale elle-même.

MM. Beauregard et Boulart (1), dans leurs recherches

(1) BEAUREGARD et BOULART. Recherches sur les appareils génito-urinaires des Balœnides. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1882, p. 158.

sur les appareils génito-urinaires des Balœnides, eurent l'occasion d'observer un grand nombre de replis transversaux du vagin chez les cétacés. Chez le *Balœnoptera Sibbaldii*, ils comptèrent jusqu'à huit diaphragmes superposés, mais ceux-ci étaient plus ou moins réguliers.

De même, chez le *Balœnoptera rostrata*, suivant Eschricht, on trouve dans le vagin huit replis, dont trois ou quatre complets forment des anneaux sur la muqueuse. Quatre replis, très réguliers, infundibuliformes, existent chez le *Balœnoptera musculus*, et ne varient que par leur saillie plus ou moins grande.

Cette disposition de la muqueuse du vagin serait générale chez les cétacés d'après Hunter ; Rapp cependant fait remarquer qu'il n'existe chez le marsouin qu'un seul repli, en forme de bourrelet, et situé à la limite entre l'utérus et le vagin.

D'après G. Von Hoffmann (1), les replis transversaux du col manquent totalement chez la femelle du chimpanzé, mais ceux du fond du vagin sont à ce point développés que les supérieurs semblent recouvrir la portion vaginale du col comme une espèce de prépuce.

Müller (2), à la suite de la communication de son cas, fait remarquer que les lèvres du museau de tanche ne sont formées chez le porc que par les extrémités inférieures des plis longitudinaux de la cavité cervicale. Et

(1) G. VON HOFFMANN *Ueber die weiblichen Genitalien eines Schimpansen*. *Zeitsch. f. Geburt. u. Gynæk.* 1878. Bd. II p. 4.

(2) P. MÜLLER. *Ein eigenthümlicher Bildungsfehler der Cervix Uteri*. *Zeitsch. f. Geburt, u. Gynæk.* 1878. Bd. III, p. 164.

il ajoute : « Chez la brebis, la disposition de la portion vaginale du col par rapport aux plis transversaux, est tout à fait remarquable. La paroi cervicale présente en effet une série de six anneaux ou diaphragmes superposés, s'imbriquant comme les tuiles d'un toit. Le dernier de ces diaphragmes constitue la portion vaginale du col utérin ; il ne se distingue des autres ni par sa forme, ni par son volume. L'analogie de notre cas en ce point avec la configuration normale des organes génitaux de la brebis est absolument surprenante ».

En résumé, il existe dans diverses espèces animales des replis transversaux, parallèles entre eux, ayant leur bord libre dirigé vers l'extérieur, et ne différent que par leur nombre et leur siège. Chez la brebis, en particulier, ces replis occupent la paroi interne de la cavité cervicale, et sont en tout point semblables à ceux qui existent anormalement chez la femme.

CHAPITRE IV

Etude comparée des Observations

Parmi les observations que nous allons rapporter, les unes nous montrent des cloisonnements transversaux incomplets du col de l'utérus, reconnus en dehors de la grossesse et donnant lieu à d'abondantes hémorragies.

Dans une seconde série d'observations, nous rangerons les cloisonnements transversaux de la cavité cervicale, observés au moment du travail et n'ayant jamais donné lieu à aucun accident. C'est un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer en 1898 à la Maternité de la Charité; malheureusement il nous sera impossible d'en citer l'observation que malgré nos recherches, nous n'avons pu retrouver. Nous avons, du reste, consigné en tête de ce travail, tous nos souvenirs précis relativement à ce fait.

Enfin, nous citerons en troisième lieu deux observa-

tions recueillies dans le service du professeur Tarnier et rapportées par M. le professeur Budin dans son livre *Femmes en couches et Nouveau-Nés*, montrant que des cloisonnements transversaux peuvent également exister dans le segment inférieur de la cavité utérine proprement dite.

A. — PREMIÈRE SÉRIE D'OBSERVATIONS

Cloisonnement transversal incomplet de la cavité cervicale, reconnu en dehors de la grossesse.

Nous n'avons à notre connaissance que deux observations de ces cas. La première est due au professeur Breisky, de Vienne, et date de 1872. Elle est citée par Müller dans une communication qu'il fit en 1878 à l'occasion d'un fait analogue qu'il observa, et qui est le sujet de notre seconde observation.

Nous les publions telles que nous les avons traduites de l'allemand.

OBSERVATION I

De Breisky, rapportée par Müller, in *Ein eigenthümlicher Bildungsfehler der Cervix Uteri. Zeitsch. f. Geburt. u. Gynæk*, 1878, Bd. III, p. 162.

H. Ma..., âgée de 40 ans, est reçue à l'hôpital le 8 août 1872 pour une hémorrhagie survenue 4 jours après ses règles.

Cette femme avait déjà avant son mariage des règles abondantes et qui depuis sont restées telles. Elle a accouché spontanément il y a 8 ans; les couches ont été normales.

Voici quel est le résultat fourni par l'examen de l'utérus. La portion vaginale du col a 1 centimètre et demi de longueur; les

parois en sont minces et molles. On peut introduire deux doigts dans l'orifice externe et même dans le canal cervical. A la partie moyenne de celui-ci, le doigt butte sur une saillie circulaire, qui proémine dans le canal et qui est fortement adhérente aux parois environnantes. Cette surface saillante est d'une consistance ferme et élastique, et elle présente à sa partie centrale un petit orifice qui laisse facilement pénétrer l'extrémité de l'index.

Après avoir fait la dilatation avec une tige de laminaire, l'index pénètre facilement à travers l'orifice pathologique et sent la tumeur en forme d'anneau, fixée à tout le pourtour du canal cervical. Au-dessus d'elle, la muqueuse est absolument lisse, et l'orifice interne de l'utérus laisse pénétrer le doigt dans la cavité du corps.

La mensuration de l'utérus donne une longueur de 9 centimètres, dont 7 appartiennent à la partie située au-dessus de l'orifice pathologique.

Le traitement consista en l'ablation de la cloison et la menstruation redevint normale.

Müller, qui succéda à Breisky, eut l'occasion de revoir cette malade trois années plus tard. Elle venait de nouveau consulter pour des hémorrhagies, dûes cette fois à la présence d'un petit polype du fond de l'utérus. Après l'ablation de ce polype, en effet, les hémorrhagies cessèrent. « A cette occasion, ajoute-t-il, j'ai encore pu constater la surface d'implantation du repli qu'on a excisé autrefois. Elle se présente sous la forme d'un anneau peu extensible qui à un examen superficiel peut être pris pour l'orifice interne, lequel, en fait, se trouve plus haut ».

OBSERVATION II

De P. Müller. *Ein eigenthümlicher Bildungsfehler der Cervix Uteri*. Zeitsch. f. Geburt. u. Gynæk, 1878, Bd. III, p. 159.

E. Esch..., âgée de 20 ans, habitant la campagne, est réglée depuis l'âge de 13 ans. Ses règles furent très régulières jusqu'à sa 16^e année, d'une durée de quatre à six jours et survenant toutes les quatre semaines. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quatre années, l'écoulement sanguin dure douze ou quatorze jours, il est très abondant et s'accompagne de douleurs et d'expulsion de caillots. Les intervalles intermenstruels ne dépassent pas une quinzaine. La malade n'a jamais observé d'arrêt des règles, elle n'a pas eu de grossesse et les rapports sexuels sont rares.

La malade entre à l'hôpital à cause de l'abondance de ses hémorrhagies.

Etat actuel. — C'est une femme de forte complexion. L'examen des organes génitaux externes et du vagin les montre absolument normaux; le corps de l'utérus est en rétroflexion et facile à sentir dans le cul-de-sac postérieur. La portion intravaginale du col est de longueur ordinaire, mais un peu élargie à sa base. L'orifice externe permet l'introduction du doigt; il est arrondi, à bords minces, sans déchirures. A travers cet orifice, on sent dans le canal cervical une masse charnue, molle, de forme irrégulière; on pense à l'existence d'un polype muqueux ou à la présence des débris d'un œuf. Pour confirmer le diagnostic et instituer un traitement, on introduit une tige de laminaire pour dilater l'orifice.

Le toucher digital ensuite pratiqué permet de découvrir la particularité suivante :

L'index, introduit le long de la paroi du canal cervical dilaté, rencontre à un centimètre et demi de l'orifice externe une membrane lisse, de l'épaisseur et de la consistance de la paroi du col. Cette membrane se dirige obliquement en bas et vers

le centre de la cavité cervicale, où elle est percée d'un orifice ayant les dimensions d'un pois ; sa largeur, de la paroi du col à son bord libre, est partout la même. Les bords de l'orifice sont nets : ils ne sont interrompus que du côté gauche par une fente qui mesure un demi-centimètre de longueur environ. Le doigt poussé à travers l'orifice de ce diaphragme cervical atteint la partie supérieure de la cavité du col, qui se termine à peu de distance par l'orifice interne.

La face supérieure de la membrane présente une configuration identique à la face inférieure.

Les plis transversaux du col manquent aussi bien dans la partie supérieure que dans la partie inférieure.

La cavité utérine proprement dite est vide et normale. En dehors de la rétroversion, l'utérus ne présente rien de particulier. Les longueurs des deux cavités sont normales.

L'examen microscopique du cloisonnement fut pratiqué, et montra que tous les éléments de la membrane étaient représentés par les éléments normaux de la paroi du col et qu'ils ne présentaient aucun signe d'altération chronique.

Le traitement consista en l'ablation la plus large possible de ce repli au moyen de ciseaux et du thermo-cautère.

Après quatre mois, les règles étaient de nouveau normales et l'orifice du col fermé :

Cette observation, si complète, rapportée, Müller termine sa communication en comparant ce cas de cloisonnement avec celui de Breisky et en en faisant ressortir l'analogie : abondance des règles, hémorrhagies, dilatation de l'orifice externe du col et, enfin, même disposition de la membrane. « Si le bord inférieur de l'orifice pathologique, dans le cas de Breisky, n'a pas paru aussi régulier que dans le nôtre, on doit l'attribuer à ce que la femme a accouché autrefois, que donc la production infundibuliforme a été exposée aux mêmes

déformations que le vagin, et c'est pour cela que, comme celui-ci, la régularité de la forme en a souffert. Quant à la fente en forme de coin située sur l'un des côtés de l'orifice arrondi, elle est certainement de date récente : c'est une déchirure produite par la dilatation et par un examen forcés ».

B. — DEUXIÈME SÉRIE D'OBSERVATIONS

Cloisonnement transversal incomplet de la cavité cervicale, reconnu chez des femmes enceintes pendant le travail

OBSERVATION III

De M. le professeur Budin, *in Progrès médical*, 1887.

N° 14, p. 267.

Le 4 août 1875, en examinant une femme entrée depuis la veille à la Maternité, nous fûmes fort intrigué de trouver au toucher une disposition particulière du col de l'utérus, disposition que nous constatons pour la première fois et que nous n'avions jamais vue encore signalée dans les auteurs.

La femme sur laquelle portait notre observation était une nommée Li..., secondipare, qui avait eu ses dernières règles du 22 au 27 octobre 1874 et chez laquelle l'enfant se présentait par le sommet, en position O. I. G. A.

Les premières douleurs étaient apparues le 3 août, puis le travail s'était arrêté. Les contractions revinrent le 5 au matin.

A 10 heures le col était complètement effacé; de plus, l'orifice utérin était dilaté, il mesurait de 3 cent. 1/2 à 4 centimètres de diamètre; les bords en étaient minces et souples. Le doigt arrivait directement sur la tête fœtale.

Si, après avoir franchi l'orifice externe, on faisait glisser l'index entre la tête et la paroi du canal cervical, on rencontrait, à un centimètre environ de l'orifice, un bourrelet légèrement

saillant : ce bourrelet existait du côté droit ; on constatait aussi sa présence en avant et en arrière, mais il semblait disparaître à gauche ; on ne le retrouvait plus sur un tiers environ de la circonférence totale.

Ce bourrelet était assez mince ; en enfonçant le doigt entre lui et le tissu du col, on pénétrait à une profondeur de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 et on se trouvait arrêté par le fond d'un sillon circulaire. Il existait donc une sorte de repli, un véritable diaphragme, mais ce diaphragme était incomplet du côté gauche. Revenu au niveau de la circonférence interne du repli, le doigt passait facilement entre la tête et la face supérieure du diaphragme : il pénétrait alors aussi haut que le permettait sa longueur.

L'accouchement se termina spontanément ; l'enfant pesait 2.900 grammes.

Nous ne revîmes plus la parturiente qui fut placée dans la salle des accouchées bien portantes.

OBSERVATION IV

De M. le professeur Budin, in *Progrès Médical*, 1887, n° 14, p. 267.

Au mois de février 1879, étant chef de clinique du professeur Depaul, nous avons observé un fait analogue. La femme ayant un bassin vicié (le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 cent. 1/4), les conditions particulières dans lesquelles se fit l'accouchement permirent de mieux examiner la disposition anatomique qui existait du côté du col. Nous ne rapporterons de cette observation que le passage relatif au point qui nous occupe actuellement.

Marie Si..., âgée de 30 ans, primipare, rachitique, était entrée le 23 janvier à la Clinique de la Faculté ; ses dernières règles étaient survenues le 8 mai 1878 ; mais en raison du rétrécissement pelvien qui existait chez elle, le professeur Depaul avait résolu de provoquer l'accouchement prématuré. Des

douleurs étant apparues spontanément dans la nuit du 3 au 4 février, le professeur Depaul introduisit, sans plus attendre, un excitateur intra-utérin de Tarnier ; les contractions devinrent plus fortes et plus fréquentes, le ballon en caoutchouc descendit dans le canal cervical, puis se rompit, mais le travail continua.

En pratiquant le toucher, le 4 février, à 5 heures du soir, voici ce que nous trouvâmes.

L'orifice externe était largement perméable ; il laissait facilement pénétrer deux doigts. En suivant avec l'index de la main droite la paroi latérale droite du canal cervical, on trouvait, à une profondeur de 2 centimètres environ, un repli très marqué du tissu utérin, qui s'avancait vers le centre du canal cervical et faisait une saillie de 6 à 7 millimètres. Au-dessus de ce repli, on trouvait encore, sur une hauteur de 1 centim. $\frac{1}{2}$, une paroi qui rappelait celle du col. On arrivait ensuite sur une portion de tissu beaucoup plus épaisse et dirigée dans un sens différent : c'était le tissu du corps de l'utérus. La tête du fœtus, qui se présentait, s'appliquait sur l'orifice interne et sur le segment inférieur de l'utérus ; quant aux membranes, elles étaient comme plissées dans l'intervalle des contractions, et descendaient dans la cavité du canal cervical.

En pratiquant le toucher de la main gauche, on constatait exactement la même disposition sur le côté gauche du col ; le même repli existait à 2 centimètres de l'orifice externe ; on le trouvait également accessible en avant et en arrière. Il y avait donc un diaphragme véritable.

Pendant les contractions, on sentait les membranes qui bombaient, refoulées par le liquide amniotique ; elles franchissaient l'orifice externe du col au delà duquel elles faisaient une saillie convexe ; la poche des eaux était ainsi formée. Le doigt ayant été laissé appliqué sur la paroi du canal cervical, on constata qu'au moment de la contraction, le diaphragme était refoulé de haut en bas et de dedans au dehors par les membranes et le liquide amniotique.

L'accouchement traina en longueur, mais se termina spontanément le 7 février ; l'enfant, qui pesait 1892 grammes, était vivant.

/ En introduisant le doigt dans le col, quelques jours après l'accouchement, on pouvait encore sentir le relief formé par le diaphragme, mais au milieu des tissus ramollis, la saillie était beaucoup moins marquée. /

Dans ces deux observations, de M. le professeur Budin, les premières dans lesquelles on ait reconnu, chez des femmes en travail, l'existence des cloisonnements cervicaux transversaux, l'accouchement fut spontané et l'enfant naquit vivant. Il est à noter cependant que, chez ces deux femmes, le travail traina en longueur : dans la première observation, en effet, les premières douleurs apparurent le 3 août et l'accouchement n'eut lieu que dans la journée du 5 ; dans la seconde, le travail débuta dans la nuit du 3 au 4 février et l'accouchement ne se termina que le 7.

Quant aux diaphragmes eux-mêmes, l'un occupait, d'une façon très régulière, toute la circonférence interne de la cavité cervicale, tandis que l'autre manquait sur une certaine étendue de la paroi gauche. Mais dans le premier cas, comme le fait remarquer M. le professeur Budin, la femme accouchait pour la première fois, tandis que dans le deuxième, il s'agissait d'une secundipare et « l'accouchement antérieur avait pu déterminer la destruction partielle du cloisonnement ». Cependant, dans cette seconde observation, le diaphragme ne semble avoir en rien souffert du passage du fœtus, qui il est vrai ne pesait que 1892 grammes.

OBSERVATION V

De E. BIDDER. *Aus der Gebäranstalt des kais. Erziehungs-hauses zu Saint-Petersburg, Medicin. Bericht für die Jahre, 1877-1880, p. 100-101. Saint-Petersbourg, 1884.*

Primipare de 26 ans. Les premières douleurs apparaissent le 24 mai 1878, à 5 heures du soir.

Au moment de son entrée, le 25 mai au matin, on trouve le col dilaté et en forme d'entonnoir, mais son canal se trouve divisé en deux poches profondes : une supérieure et une inférieure, par un repli semi-lunaire, particulièrement marqué du côté droit. Ce repli est plus rapproché de l'orifice interne du col ; la poche des eaux et la tête en seconde position s'appliquent sur lui. Les douleurs sont faibles ; elles n'amènent, en aucune façon, la distension de ce repli. La rupture de la poche des eaux, qui a eu lieu le soir du même jour, n'est suivie d'aucun résultat.

Un frisson survient avec une notable élévation de température.

Le 26 mai, à 6 heures du matin, on pratique deux incisions sur le repli et sur le bord de l'orifice cervical ; à 4 heures et demie, l'orifice est dilaté, et, à 7 heures, on extrait, avec le forceps, un garçon de 3.800 grammes en état d'asphyxie, mais qui fut ranimé. On avait dû refouler la lèvre antérieure du col qui s'était trouvée comprimée.

La malade eut, le second jour, de la fièvre, conséquence d'une endométrite du col et d'une vaginite. Le repli observé dans le canal cervical paraît complètement détruit et ne se reforme pas.

« C'est la première fois, ajoute Bidder, que j'observe cette anomalie, tandis que j'ai souvent vu des cloisonnements analogues siégeant au niveau de la partie supérieure du vagin. Ces derniers n'ont jamais apporté de

gène sérieuse à l'accouchement ; on ne peut pas dire qu'il en a été de même pour le repli qui se trouvait dans le col ».

Cette observation intéressante de Bidder nous montre que, outre la prolongation de la durée du travail dont il a été la cause comme dans les deux observations précédentes, le cloisonnement peut être assez résistant pour s'opposer à la descente du fœtus et nécessiter une intervention : d'où surmenage de la parturiente expliquant l'élévation de température, et souffrance du fœtus.

Depuis 1879, aucune publication de nouveaux faits de ce genre n'a été faite, croyons-nous. Nos quatre observations suivantes ont été recueillies en ces deux dernières années dans les services de MM. Budin et Maygrier, qui ont eu la bienveillance de nous les communiquer. Nous les publierons dans leur ordre chronologique.

OBSERVATION VI

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, à la Maternité de la Charité (Inédite).

La nommée Br..., primipare, âgée de 22 ans, se présente à la Maternité de l'hôpital de la Charité, le 4 janvier 1899 pour demander la date probable de son accouchement. En l'examinant, on constate, au toucher, l'effacement du col, et une dilatation du diamètre d'une pièce de 50 centimètres ; il existe des contractions utérines espacées, mais non douloureuses. La femme reste à la Maternité et entre à la salle de travail le 4 janvier à 2 heures et demie du soir.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier. La malade a eu ses premières règles à 12 ans ; depuis, elle a toujours été régulièrement réglée.

Les dernières règles datent du 29 avril 1898 au 2 mai. Les débuts seuls de la grossesse ont été pénibles (vomissements et maux de tête fréquents). Depuis le commencement de sa grossesse, la malade a une leucorrhée abondante, tachant le linge en jaune, mais ne déterminant pas de douleur pendant la miction.

Aussitôt son entrée à la salle de travail, la femme est examinée. L'utérus a le volume normal du terme de la grossesse; le sommet est fortement engagé et le dos situé à gauche. A l'auscultation, les bruits du cœur du fœtus sont bons : on les entend à gauche de la ligne médiane, à la partie moyenne d'une droite réunissant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. Au toucher, le col est effacé et dilaté : la dilatation atteint les dimensions d'une pièce de deux francs. On constate la présence d'une partie fœtale dure, régulière, immobile, profondément engagée, qui est la tête; dans le diamètre oblique gauche, on sent la suture sagittale et en la suivant en arrière, on arrive sur la fontanelle antérieure qui avoisine la symphyse sacro-iliaque droite. C'est donc une présentation en O. I. G. A. Pendant qu'on pratique le toucher, on peut sentir à plusieurs reprises la poche des eaux se tendre et venir bomber dans le vagin, tandis que l'utérus se contracte. Cependant, la parturiente n'accuse aucune douleur.

Le toucher n'a été pratiqué qu'une seule fois dans la nuit, à 2 heures du matin : la malade ne souffrait pas et dormait continuellement. La dilatation n'avait pas progressé; les bruits du cœur fœtal étaient bons.

Pendant la matinée du 5 janvier, le travail reste stationnaire.

A la visite, à 11 heures du matin, M. le professeur agrégé Maygrier fait le toucher et constate que l'orifice externe du col présente une dilatation du diamètre d'une pièce de cinq francs. Mais l'orifice externe une fois franchi, l'index est arrêté dans le col par un repli membraneux demi-circulaire, souple, élastique, légèrement tendu, divisant la paroi interne gauche du col en deux segments superposés. La tête appuie fortement sur le segment inférieur et sur ce cloisonnement incomplet.

Pendant toute la journée et la nuit du 5 janvier, la dilatation ne fait aucun progrès; la même disposition est constatée au toucher.

Ce n'est que le 6 janvier, à 7 heures du matin, que la femme accuse de véritables douleurs, quoique très espacées. Au toucher, on constate que la dilatation a progressé : elle atteint une petite paume de main. Au premier abord, le cloisonnement semble avoir disparu; mais en introduisant l'index entre l'orifice externe et la tête fœtale, on sent le bord de cet orifice à droite et en arrière, doublé intérieurement du cloisonnement appliqué contre lui par la tête fœtale.

La dilatation augmente lentement, et à 9 h. 1/2 du matin, elle est complète. Les contractions sont bonnes, mais les douleurs, bien qu'étant beaucoup plus accusées, sont loin d'avoir l'intensité habituelle.

Enfin à 10 heures, la tête paraît à la vulve en occipito-pubienne, et l'accouchement se termine normalement.

L'enfant est vivant, du poids de 2.320 grammes.

La délivrance s'effectue spontanément à 10 h. 15; le placenta et les membranes sont complets. Elle ne fut pas suivie d'hémorrhagie.

La durée du travail, depuis l'arrivée à l'hôpital avait été de 44 h. 10 minutes.

Le cloisonnement n'eut donc dans ce cas d'autre résultat que d'augmenter sensiblement la période du travail.

Par sa forme, il semble pouvoir être rapproché de celui qui a été décrit par M. le professeur Budin dans sa première observation : dans les deux cas, il n'occupait qu'une partie du pourtour de la cavité cervicale. Comme dans l'observation VI, la femme n'avait pas eu d'accouchement antérieur, il en résulte que nous devons admettre, outre les cloisonnements transversaux sous

forme de diaphragmes complets et réguliers, des cloisonnements moins étendus, en forme de brides ou de croissants et n'occupant qu'une portion de la circonférence interne du col.

OBSERVATION VII

Recueillie dans le service de M. le professeur Budin à la Clinique Tarnier (Inédite).

La nommée Hap..., couturière, âgée de 26 ans, VI pare, entre à la clinique Tarnier le 12 octobre 1899.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

La malade a été nourrie au sein, réglée à 13 ans, et depuis très régulièrement. Elle n'a eu comme maladie qu'une rougeole dans son enfance. Elle est bien constituée, le bassin est normal; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Les grossesses antérieures sont au nombre de cinq : la parturiente a accouché quatre fois à terme d'enfants vivants, mais qui sont morts en bas âge de bronchite, de diarrhée, etc. ; elle a accouché une fois avant terme, à huit mois, et l'enfant a vécu. Ces accouchements n'ont été précédés ni suivis d'aucun accident.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont duré du 29 décembre 1898 au 1^{er} janvier 1899. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus au milieu du mois de mai. Pas de vomissements, ni de varices.

La malade ressent les premières douleurs le 13 octobre 1899, à 7 heures du matin. Elle entre à la salle de travail à 7 h. 1/2 où elle est examinée immédiatement.

Elle présente une dilatation de deux centimètres de diamètre. Mais le doigt qui pratique le toucher, après avoir dépassé l'orifice externe, est vite arrêté sur le côté droit de la cavité cervicale par un bourrelet membraneux, flexible, élastique, qui se dirige transversalement vers le centre de cette cavité. Ce bourrelet

diminue de largeur en avant et en arrière, de manière à prendre la forme d'un croissant, embrassant les $\frac{2}{3}$ du côté droit du col, et laissant la paroi gauche libre, sans aucun repli membraneux.

La tête est engagée; l'occiput est à gauche, la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche. Les battements du cœur fœtal sont bons, leur foyer maximum est un peu à gauche de l'ombilic.

La dilatation s'effectue régulièrement; à 8 heures, elle est de cinq centimètres; à 9 heures 10, elle est complète. Les membranes se rompent alors et laissent écouler le liquide amniotique normal. La tête descend et effectue sa rotation interne, l'occiput se met en rapport avec la symphyse pubienne et la tête se dégage en O. P. à 9 heures 20. Il n'y avait pas de circulaire autour du cou, le périnée est intact. L'enfant, du sexe masculin, pèse 5220 grammes.

La durée du travail a été de 2 heures 20 minutes.

La délivrance se fait à 9 heures 45; elle est naturelle, les membranes sont complètes.

L'utérus se contracte bien et il n'y a pas d'hémorrhagie post-partum.

Le cloisonnement n'a donc eu ici aucune influence sur l'accouchement, la durée du travail n'ayant été que de deux heures vingt. Mais nous devons faire remarquer qu'il s'agissait d'une sextipare et d'un cloisonnement très incomplet. Le premier accouchement a été normal, dit l'observation, mais la durée du travail n'y est pas consignée; il est probable que celui-ci comme dans toutes nos autres observations, avait été prolongé.

OBSERVATION VIII

Recueillie également dans le service de M. le professeur Budin
(Inédite)

Brièveté du vagin. — Agglutination des lèvres du col. — Diaphragme du col. — Dilatation manuelle.

La nommée Jeanne Anc..., âgée de 24 ans, primipare, entre le 21 octobre 1899, à la clinique Tarnier et est reçue à la salle de travail.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Grossesse actuelle (première). — Les dernières règles datent de fin janvier 1899. — La grossesse a été normale.

Les premières douleurs apparaissent le 21 octobre à 8 heures du soir. La femme dit avoir perdu les eaux, mais ne peut préciser à quel moment les membranes se sont rompues.

Au palper, on trouve un sommet engagé en droite postérieure.

Les bruits du cœur fœtal sont bons ; on les entend à droite et un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, on est frappé de la brièveté du vagin : on arrive presque immédiatement sur le segment inférieur de l'utérus, qui bombe appliqué sur la partie fœtale engagée.

A travers le segment inférieur, il est facile de sentir la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche. Mais il est impossible de trouver l'orifice externe du col.

Enfin, on sent, par un toucher plus minutieux, un petit nodule, situé en haut et à droite, qui semble être le vestige d'un orifice cervical, dont les lèvres se seraient agglutinées.

Dans la nuit, malgré des douleurs fortes et régulières, comme la dilatation ne se fait pas, on appuie l'extrémité de l'index sur le petit nodule dont nous avons parlé, et par des mouvements de vrille, on arrive à détruire l'agglutination. La

dilatation se produit immédiatement, et atteint le diamètre d'une pièce d'un franc.

On attend quelques instants. Comme la dilatation ne progresse plus et que les contractions utérines deviennent rares et sans énergie, comme de plus la température atteint 38°8, on décide de terminer la dilatation par la méthode bi-manuelle de M. Bonnaire. La femme est mise en travers du lit; après toilette vulvaire et injection vaginale, l'index de la main droite est introduit dans le vagin, et arrive sur le col dilaté, mais il sent alors, très nettement, au dessus de l'orifice externe, un second orifice, entouré incomplètement par une sorte de bride, de diaphragme résistant. L'index de la main gauche est introduit à son tour, et les faces dorsales des deux doigts s'appuyant l'une sur l'autre, on parvient à dilater le col, de manière à y introduire les deux médius, puis les deux annulaires, toujours dos à dos. Sous l'influence des pressions exercées, peu à peu la dilatation se complète. Il est 7 heures 30. A ce moment, il ne reste plus de traces du diaphragme si nettement perçu tout à l'heure.

On fait pousser la femme, la tête fœtale descend sur le périnée, la rotation interne se fait rapidement, et à 8 heures 15, la femme met au monde un enfant du sexe masculin, bien conformé, pesant 2900 grammes.

La délivrance se fait spontanément vingt minutes après l'accouchement. Le placenta est normal et pèse 550 grammes; les membranes sont complètes.

La femme quitte l'hôpital le 4 novembre avec son enfant bien portant.

Cette observation rappelle en tous points celle de Bidder (obs. V): dans les deux cas, le cloisonnement fut assez résistant pour s'opposer à la dilatation, il fut la cause chez l'une et chez l'autre femme d'une élévation notable de la température; enfin les deux fœtus ne purent être extraits qu'à la suite d'une intervention..

OBSERVATION IX

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier
(Inédite)

La femme Les..., âgée de 40 ans, VI pare, entre à l'hôpital de la Charité, le 7 mars 1900.—

Quatre de ses accouchements antérieurs ont eu lieu à terme. le cinquième est une fausse couche de trois mois.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : la malade a marché à 21 mois ; elle a été réglée à 15 ans très régulièrement. Depuis sa dernière grossesse, elle a subi l'opération de Schroeder (excision de la muqueuse des lèvres du col) :

Grossesse actuelle. Les dernières règles remontent à la fin du mois de mai 1899.

Examinée à son entrée à l'hôpital, on sent au toucher un col court, ramolli, présentant près de son orifice interne un bourrelet en forme d'anneau, dur, presque fibreux, faisant saillie dans la cavité cervicale et dirigé à peu près transversalement ; l'orifice en est régulier, et les parois lisses et unies.

Les premières douleurs apparurent le 10 mars, à 7 heures du soir, alors que les membranes s'étaient rompues prématurément à 11 heures du matin. Le liquide amniotique était normal.

A son entrée à la salle de travail à 7 h. 20 du soir, la dilatation est d'une pièce de cinquante centimes. Le 11 mars, à 6 heures du matin, elle est d'une pièce d'un franc, et à 10 heures et demie, d'une petite paume de main.

La tête, fortement engagée, est facilement sentie, présentant une bosse séro-sanguine, molle et dépressible. La suture sagittale est dirigée de droite à gauche et de bas en haut, la fontanelle postérieure est sentie à droite. C'est donc une O. I. D. P. nettement engagée.

Le bourrelet résistant, en forme d'anneau, qui avait persisté avec une grande netteté pendant toute la période d'effacement, ne peut plus être senti à ce moment de la dilatation.

Par le palper, on sent la tête fortement engagée. Le siège est en haut, le dos à droite, et de nombreuses petites extrémités à gauche.

Les bruits du cœur fœtal sont normaux, le point où leur intensité maxima est perçue, se trouve à droite et un peu au-dessous de l'ombilic.

A 11 h. 30 minutes, la dilatation est complète. La femme est engagée à pousser; à la suite de deux contractions utérines violentes, la tête progresse, descend dans le vagin, et après avoir accompli sa rotation interne, apparaît à la vulve. L'accouchement se termine normalement à 11 h. 55; l'enfant est vivant et crie aussitôt.

A midi 15, après quelques légères tractions sur le cordon, se fait la délivrance: le placenta est normal, les membranes entières.

L'utérus revient sur lui-même, pas d'hémorrhagie.

L'enfant pèse 2.760 grammes.

En pratiquant le toucher, après l'accouchement, on ne sent aucune éraillure du col.

Ce cloisonnement n'a donc apporté qu'un retard dans l'accouchement qui s'est terminé spontanément. Nous ferons remarquer que la dilatation, en effet, a été très lente pour une sextipare, puisque pour être complète, elle a demandé 15 h. 55, après une rupture prématurée des membranes, qui avait eu lieu 8 heures avant tout début de travail et 24 h. 55 avant l'accouchement.

C. — TROISIÈME SÉRIE D'OBSERVATIONS

Cloisonnement transversal incomplet du segment inférieur de l'utérus.

Les cas de cloisonnements transversaux incomplets du segment inférieur de l'utérus nous semblent plus rares

encore que les cas de cloisonnements de la cavité cervicale, dont nous venons de citer neuf observations. Nous devons ajouter que leur existence est aussi plus facilement méconnue; le doigt qui fait le toucher chez une femme en travail va directement heurter la partie fœtale qui se présente et ne cherche guère à contourner la paroi utérine. Enfin, la distance qui sépare un diaphragme ainsi situé de l'orifice vulvaire peut être trop considérable pour permettre de le reconnaître par un simple toucher digital, et, seul, le toucher manuel pourrait en révéler l'existence.

Nous ne connaissons de ces faits que les deux observations qui ont été recueillies dans le service du professeur Tarnier par M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité, et qui ont été adressées par elle à M. le professeur Budin.

Nous les empruntons donc au livre de M. le professeur Budin : *Femmes en couches et Nouveau-nés*, 1897, chapitre IV, page 27.

OBSERVATION X

Bassin vicié. — Grossesse à terme. — Diaphragme intra-utérin siégeant au niveau de l'orifice interne. — Application de forceps. — Basiotripsie.

Comb..., femme Del..., arrivée au terme de sa septième grossesse, se présente à la Maternité le 8 novembre 1884, à 10 heures du soir. Cette femme a le bassin vicié dans le sens antéro-postérieur, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 93 millimètres.

Son premier accouchement s'est terminé, dit-elle, à terme;

l'enfant naquit vivant. Le deuxième accouchement eut lieu à sept mois. Les quatre autres furent provoqués.

Au moment de son entrée, on trouvait le col long, ouvert jusqu'à l'orifice interne ; à ce niveau, existait un repli circulaire, sorte de diaphragme traversé par un orifice à peine lenticulaire et d'une rigidité extraordinaire. Ce diaphragme se trouvait à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'orifice externe et se contractait en même temps que l'utérus. A travers le segment inférieur, on sentait un sommet très élevé qui ballottait.

Les premières douleurs apparurent le 7 novembre 1884, à 7 h. 30 du soir. Le 9, à 6 heures du matin, le col était encore long ; l'orifice du diaphragme n'était pas plus grand, il était toujours aussi résistant malgré des contractions extrêmement violentes.

L'aide sage-femme, craignant une rupture de l'utérus, avertit M^{me} Henry, qui, effrayée de l'énergie des contractions, opéra la dilatation de ce petit orifice ; elle en écarta très lentement les bords en faisant pénétrer très doucement l'index. La résistance une fois vaincue, l'orifice interne s'entr'ouvrit peu à peu, mais la malade qui était très indocile ne voulut pas laisser continuer la dilatation. Ce n'est qu'à 10 heures qu'on put recommencer la manœuvre qui avait été faite le matin. Les bords de l'orifice s'assouplirent peu à peu et la dilatation se fit progressivement, mais lentement.

Le soir, à 11 heures 30, la dilatation était presque aussi grande que la paume de la main. A ce moment, les membranes se rompirent spontanément, les bords de l'orifice revinrent sur eux-mêmes, le col se reforma, les contractions cessèrent et la femme put dormir pendant toute la nuit.

Le 10 novembre, à 7 h. 20 du matin, le col était long, et l'orifice interne n'était plus grand que comme une pièce de un franc. Quelques excitations cutanées réveillèrent les contractions utérines.

A 11 heures la dilatation était redevenue grande comme une pièce de 5 francs. A midi 50, l'orifice était suffisamment dilaté

pour qu'on pût faire une application de forceps. N'ayant pas réussi à entraîner la tête, on pratiqua la basiotripsie.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XI

Diaphragme utérin, placé à 2 centimètres au-dessus de l'orifice interne.

La nommée Sch... est admise à la Maternité le 14 mars 1887. Primipare, réglée pour la dernière fois du 22 au 25 juin 1886, elle est arrivée jusqu'au terme de sa grossesse.

Les membranes sont rompues depuis deux jours, mais elle n'est pas encore en travail.

Le col est long, largement ouvert, et on trouve à 2 centimètres à peu près au-dessus de l'orifice interne et à 5 ou 6 centimètres de l'orifice externe un repli circulaire, mince, sorte de diaphragme, présentant un orifice étroit dans lequel le doigt se trouve serré. Le fœtus présente l'épaule gauche en position dorso-antérieure.

Le même jour, à 11 heures du soir, le travail se déclare, l'épaule descend, appuie sur l'orifice; on ne sent plus le diaphragme. Le travail marche normalement; la dilation est complète le lendemain à 1 h. 50 du soir, l'accouchement est terminé artificiellement par une version. L'enfant est vivant, il pèse 3,450 grammes. La délivrance se fait naturellement 10 minutes après.

En introduisant à nouveau la main dans l'utérus, on ne trouve plus qu'un petit lambeau flottant, résultat de la déchirure du repli en forme de diaphragme qu'on avait observé avant l'accouchement.

Dans ces deux dernières observations, le cloisonnement ne différait que par son siège et sa résistance; la forme, en effet, en était la même, celle d'un diaphragme complet, dirigé à peu près horizontalement et percé

uniquement, en son centre, d'un petit orifice. Il fut, dans le premier cas, assez résistant pour s'opposer à la dilatation, malgré la violence inouïe des contractions utérines : seule, la dilatation manuelle peut en avoir raison. Dans le second cas, au contraire, il se laissa très facilement déchirer ; mais on peut se demander s'il n'a pas joué un certain rôle dans la présentation vicieuse de fœtus, et s'il n'a pas contribué à la non-accommodation de celui-ci dans la cavité utérine.

Ces deux observations sont d'autant plus intéressantes, qu'elles nous montrent que des cloisonnements transversaux incomplets, entièrement analogues à ceux que nous avons étudiés précédemment, peuvent aussi bien occuper le segment inférieur que la cavité cervicale de l'utérus.

CHAPITRE V

Symptomatologie

De l'étude comparée des observations que nous venons de faire, il ressort que, dans tous les cas, le cloisonnement transversal incomplet du col ou du segment inférieur de l'utérus ne peut être reconnu que par un toucher méthodique et minutieux.

Chez aucune des femmes enceintes, dont nous avons rapporté les observations, il ne paraît avoir été antérieurement l'occasion de troubles quelconques. Seulement, dans les cas de Breisky et de Müller, en dehors de la grossesse, il avait donné lieu à des hémorrhagies fréquentes. Mais même dans ces derniers cas, comme le fait remarquer Müller (1), tous les symptômes cliniques, les hémorrhagies prolongées et répétées, la dilatation spontanée de l'orifice externe, sont aussi les

(1) MULLER, *loc. cit.*, p. 162.

symptômes de toute formation nouvelle, d'une production polypeuse, par exemple, de la muqueuse du col.

Il en résulte que les symptômes fonctionnels sont nuls ou insuffisants, et que les signes physiques seuls peuvent permettre de reconnaître la présence du cloisonnement.

L'index, après avoir franchi l'orifice externe du col et suivant la paroi de la cavité cervicale est arrêté, avant d'en avoir atteint l'orifice interne s'il s'agit d'un cloisonnement intra-cervical, ou après l'avoir dépassé dans les cas de cloisonnement siégeant dans le segment inférieur, par un repli membraneux lisse, plus ou moins flasque ou plus ou moins résistant, mais qui se laisse cependant déprimer par le doigt. « Ce cloisonnement donne la sensation, dit Müller, d'une répétition de la portion vaginale du col, la seconde située en une région plus élevée du canal cervical ».

La forme en est variable. Tantôt ce repli n'occupe qu'une partie de la circonférence de la cavité cervicale ; il est plus large en son milieu qu'à ses extrémités, qui se terminent en pointes : c'est un cloisonnement en forme de croissant. Tantôt, au contraire, il adhère à tout le pourtour de la paroi, et présente seulement en son centre un petit orifice circulaire : c'est alors un véritable diaphragme.

L'épaisseur en est excessivement variable et difficile à apprécier exactement ; elle ne semble devoir jamais dépasser 3 à 5 millimètres.

La structure de cette membrane est la même que celle des parois sur lesquelles elle s'insère, et dont elle n'est du reste qu'une dépendance.

Quant au siège, il est excessivement variable, comme pour les cloisonnements du vagin : le cloisonnement peut en effet être situé à une hauteur quelconque de la cavité cervicale (obs. I à IX, inclusivement), au niveau de l'orifice interne (obs. X), ou même dans la partie inférieure du corps de l'utérus (obs. XI).

Le cloisonnement transversal incomplet ne s'accompagne généralement pas d'une malformation quelconque soit des organes génitaux externes, soit des organes génitaux internes. Cependant, nous avons vu que dans l'observation VIII, il existait, en même temps que lui, une brièveté très prononcée du vagin.

Que deviennent ces cloisonnements pendant l'accouchement ?

Ou bien, ils se laissent dilater pendant le travail par la partie fœtale qui se présente, comme tout le canal génital ; il ne peut en résulter qu'un retard dans la terminaison de l'accouchement. Ou bien, malgré des contractions utérines violentes et prolongées, ils ne subissent aucune modification, et s'opposent ainsi à l'expulsion du fœtus. Ou bien enfin, et c'est le cas qui semble le plus fréquent, ils présentent un commencement de dilatation, mais leur texture n'étant pas assez élastique pour permettre une dilatation plus complète, ils se rompent et se détruisent en partie.

Suivant la manière dont ils se seront comportés pendant le travail, on retrouvera donc plus tard un cloisonnement semblable à celui qui existait avant l'accouche-

ment; de même, si la déchirure a été peu étendue, les lèvres du cloisonnement auront pu se ressouder pour reconstituer le cloisonnement primitif; dans le cas contraire, les parties du cloisonnement seront restées indépendantes, et auront donné lieu à des formations que nous comparerons aux caroncules myrtiformes.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic positif repose tout entier sur les signes physiques que nous avons indiqués à la symptomatologie.

Pendant le travail, pourrait-on peut-être croire à l'existence d'un diaphragme, lorsqu'il ne s'agit que de replis vaginaux, ou d'un orifice interne rigide incomplètement dilaté.

Un examen plus attentif permettrait vite de faire reconnaître l'erreur.

Un diaphragme souple et tendu transversalement n'existera pas dans les cas d'oblitération incomplète du col, consécutive à des injections caustiques, à des cautérisations faites avec le nitrate d'argent ou le fer rouge. L'orifice ainsi formé sera moins régulier, il aura au toucher la fermeté, la dureté ligneuse particulière du tissu cicatriciel, les bords enfin en seront plus ou moins épais et rugueux.

Il arrive quelquefois que, dans les membranes fœtales, l'amnios restant intact, il se produise une rupture du chorion moins élastique et moins résistant. L'orifice ainsi formé peut être assez petit, assez arrondi, pour faire croire à l'existence d'un orifice diaphragmatique, tel que nous l'avons décrit ; les faces du chorion lisses et unies seront prises pour les faces du diaphragme ; enfin l'extrémité du doigt, ayant pénétré à travers cet orifice, sentira la poche des eaux, bombant pendant les contractions utérines. Pour faire le diagnostic, il suffira de pousser plus loin le doigt entre le chorion et l'amnios, ces membranes se sépareront sans opposer la résistance que rencontre le doigt, quand il butte dans le cul-de-sac formé par le véritable cloisonnement et la paroi.

Quant aux formations polypeuses, néoplasiques ou autres, il est absolument impossible de les confondre avec le cloisonnement congénital. La disposition annulaire de la membrane, dans ce dernier cas, sa forme, sa direction, la régularité de ses faces, son orifice arrondi absolument analogue à un museau de tanche dilaté artificiellement sont des éléments suffisants de diagnostic. L'examen microscopique permettrait enfin de lever tous les doutes.

*rich
pauvre
si
vo
1*

CHAPITRE VII

Pronostic

Dans la grande majorité des cas, le pronostic est bénin.

Néanmoins dans les cas analogues à ceux de Breisky et de Müller, les hémorrhagies abondantes et répétées, qui accompagnent le cloisonnement incomplet du col de l'utérus peuvent être une cause d'anémie et de chlorose, et donner ainsi lieu à des accidents graves, si ce cloisonnement n'est pas reconnu.

Quelques réserves doivent également être faites à propos du cloisonnement congénital et transversal chez les femmes en période de travail. Si le cloisonnement est souple et élastique, il se laissera dilater à l'égal de la cavité cervicale, sans même amener de retard dans la terminaison de l'accouchement.

Mais s'il est plus résistant, il en résultera une prolongation de la durée du travail, qui n'aura du reste

d'autre inconvénient que d'exposer la femme à des accidents d'infection par un toucher pratiqué plus souvent.

Accident plus grave, le muscle utérin, luttant en vain contre cet obstacle qui s'oppose au passage du fœtus, peut entrer en tétanisation : comme conséquences, il faudra craindre une rupture possible de l'utérus, ou même une perte de substance considérable du col, se détachant du segment inférieur sous la forme d'une véritable calotte au sommet de laquelle se trouve l'orifice externe, comme on en a observé quelques exemples dans des cas de rigidité spasmodique du col, sans aucune modification de texture cependant (Baudelocque). — Mais l'accident de beaucoup le plus fréquent dans ce cas sera la mort du fœtus par troubles profonds apportés dans la circulation fœto-placentaire. Si, d'autre part, l'obstacle cède brusquement, alors, il faudra craindre pour l'intégrité du col et du périnée.

Il se peut, au contraire, que les contractions de l'utérus fatigué, surmené, deviennent plus rares et plus faibles. Il faudra, dans ce cas, terminer l'accouchement par les moyens indiqués au traitement et s'abstenir de réveiller leur énergie par l'administration d'ergot de seigle.

Dans les cas de rupture du diaphragme, la déchirure pourra empiéter sur les parois du col, d'où des dilacérations, des débridements plus ou moins étendus qui pourront s'accompagner d'hémorrhagie.

Quant aux diaphragmes du segment inférieur, il se peut que, dans certains cas, ils soient un obstacle à l'accommodation du fœtus dans la cavité utérine. Dans notre seule observation (obs. XI), où le cloisonnement

siégeait manifestement dans le segment inférieur de l'utérus, à deux centimètres au-dessus de l'orifice interne; il y eut, sans cause connue, chez une primipare, une présentation de l'épaule gauche.

Le cloisonnement transversal peut-il être une cause de retard pour la conception, ou même de stérilité?

Nous ne saurions résoudre cette question, d'autant plus que nos quelques observations sont des matériaux tout à fait insuffisants pour un tel problème. Dans la plupart de nos observations, cependant, nous remarquerons que les femmes en étaient à leur première ou à leur deuxième grossesse à un âge déjà assez avancé de la vie génitale; dans le cas de Müller, en particulier, la malade avait 40 ans quand elle vint consulter pour ses hémorrhagies et elle n'avait eu qu'une seule grossesse à l'âge de 32 ans. Seulement, dans nos observations VII et IX, les femmes étaient sextipares; mais, dans ces deux cas, le repli transversal n'occupait qu'une partie de la paroi cervicale. Il est, en effet, facile de comprendre que, quand il s'agit d'un diaphragme complet, en forme d'entonnoir, percé seulement en son centre d'un petit pertuis, et dont les parois sont dirigées en dedans et en bas, les spermatozoïdes, après avoir atteint les culs-de-sac, ainsi formés par le repli membraneux et la paroi du col, devront, pour pénétrer dans l'utérus, contourner ce cloisonnement. C'est, en tout cas, un nouvel obstacle qui s'oppose à la marche ascendante du spermatozoïde.

CHAPITRE VIII

Traitement

Le diagnostic de cloisonnement transversal établi, le traitement rationnel et radical, en dehors de la grossesse, consistera après la dilatation de l'orifice externe par une tige de laminaire en une ablation aussi complète que possible, de ce repli membraneux avec les ciseaux et le thermo-cautère. — Le succès fut complet dans les deux observations que nous avons rapportées.

Chez la femme en période de travail, l'accoucheur devra s'en tenir à l'expectation : il surveillera attentivement la parturiente et auscultera fréquemment le cœur fœtal.

Dans les cas où l'auscultation donnera des signes manifestes de souffrance du fœtus ; où l'utérus tétanisé en fera craindre la rupture, ou bien au contraire épuisé ne donnera plus naissance qu'à des contractions rares et sans énergie, l'accoucheur devra intervenir sans retard.

Il procédera tout d'abord à la dilatation artificielle de l'orifice diaphragmatique, par exemple par la méthode bi-manuelle de M. Bonnaire. A la dilatation complète, il fera en outre, si besoin est, une application de forceps.

Si la bride membraneuse est inextensible et ne permet pas d'atteindre une dilatation suffisante, il devra arriver à ce but par la section du cloisonnement : il pratiquera des incisions centrifuges, en ayant recours aux ciseaux ou au bistouri boutonné, les doigts servant de conducteurs. Dans ces derniers cas, il sera bon de terminer l'accouchement par une application de forceps, afin d'éviter les hémorrhagies, et y remédier s'il y a lieu par des irrigations chaudes à 50 ou 55° ou par un tamponnement cervical et vaginal.

Enfin dans les cas où l'enfant aura succombé dans la cavité utérine, l'accoucheur sera autorisé à recourir à la basiotripsie, surtout s'il craint des déchirures étendues de la paroi cervicale.

CONCLUSIONS

De cette étude, basée sur 11 observations d'une exactitude indiscutable, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° De même qu'il existe des cloisonnements transversaux incomplets, d'origine congénitale, du vagin, de même il existe des cloisonnements transversaux incomplets, d'origine congénitale, du col et du segment inférieur de l'utérus.

2° Ces cloisonnements sont dûs à un arrêt de développement des canaux de Müller, sans doute à une résorption incomplète de la partie centrale de ces canaux.

3° Ils sont, ou complets et se présentent sous la forme de diaphragmes, adhérents à tout le pourtour du canal génital ; ou bien incomplets et n'occupent, sous forme de brides, de croissants, qu'une partie des parois.

4° Ils siègent en un point quelconque du canal génital (vagin, col, segment inférieur de l'utérus). Mais leur fréquence semble diminuer au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de l'orifice vulvaire.

5° Ces diaphragmes, en dehors de la grossesse, peuvent être une cause d'hémorrhagies abondantes et répé-

tées. Ils n'apportent aucun trouble dans le développement normal de la grossesse. Nous pensons qu'ils peuvent être un obstacle plus ou moins considérable à la fécondation et que les cloisonnements du segment inférieur peuvent être une cause de non-accommodation du fœtus dans la cavité utérine.

6° Ils causent le plus souvent une prolongation de la durée du travail ; ils peuvent même mettre obstacle à la descente du fœtus.

7° Les symptômes fonctionnels sont nuls ou insuffisants pour établir le diagnostic. Seuls, les signes physiques permettent d'en affirmer l'existence.

8° Le traitement consistera, si la dilatation ne se fait pas naturellement, en la dilatation forcée ou en l'incision du cloisonnement, suivie d'une application de forceps. Dans les cas où en dehors de la grossesse, le cloisonnement donnerait lieu à des accidents, le traitement consisterait en son ablation totale.

Vu par le président de la thèse :
P. BUDIN.

Vu par le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- KÖLLIKER. — Embryologie de l'homme et des animaux supérieurs, 1879. Traduction de Schneider, 1882, p. 998.
- WALDEYER. — Eierstock und Ei, Leipzig, 1879.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, 1888, t. I, p. 308.
- J. MÜLLER. — Bildungsgeschichte der Genitalien. Düsseldorf., p. 60 et 61.
- LILIENFELD. — Beiträge zur Morphologie und Entwicklungsgeschichte der Geschlechtsorgane. Marburg, 1856.
- RATHKE. — Entwicklungsgeschichte der Wirbelthiere. Leipzig, p. 181.
- VALENTIN. — Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Berlin, 1835.
- BISCHOFF. — Développement de l'homme et des mammifères, in *Encyclopédie anatomique*. Trad. franç. 1843, p. 374.
- THIERSCH. — Bildungsfehler der Harn und Geschlechtorgane eines Mannes. *Illustrirte med. Zeitung*. 1852. B. I, p. 11 et 13.
- LEUCKART. — *Illustr. med. Zeitsch.* 1852, p. 93.
- FÜRST LIVIUS. — Ueber die Bildungshemmungen des Uterovaginalcanals. *Monatsschrift f. Geburtsh.* 1867. B. 30, p. 106.
- DOHRN. — Zur Kenntniss der Müller'schen Gänge und ihrer Verschmelzung, *Marb. Gesellschaft*, 1871, Bd IX, p. 255.

- KÜSSMAUL. — Von dem Mangel, der Verkümmernng und Verdoppelung der Gebärmutter, Würzburg, 1859.
- DOHRN. *Sitz der Marburg Gesellschaft*, 1875.
- GEIGEL. — Ueber Variabilität in der Entwicklung der Geschlechtsorgane beim Menschen. Würzburg, 1883.
- TOURNEUX et LEGAY. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1884, p. 348.
- H. BEAUREGARD et BOULART. -- Recherches sur les appareils génito-urinaires des Balcénides. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1882, p. 158.
- G. VON HOFFMANN. — Ueber die weiblichen Genitalien eines Schimpansen. *Zeitsch. f. Geburt. u. Gynæk*, 1878, Bd. II, p. 4.
- P. MÜLLER. — Ein eigenthümlicher Bildungsfehler der Cervix Uteri. *Zeitsch. f. Geburt. u. Gynæk*, 1878, Bd III, p. 159-165.
- P. BUDIN. — Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus. In *Progrès médical*, 1887, n° 14, p. 267. — Femmes en couches et Nouveau-nés, 1897, chap. IV, p. 19.
- E. BIDDER. — Aus der Gebäranstalt des kais. Erziehungshauses zu Saint-Petersburg. *Medicin. Bericht für die Jahre*, 1877-1880, p. 100-101, Saint-Petersbourg, 1884.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
